



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1094/2024
TENTANG
STANDAR AKREDITASI DAN BIAYA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT
KELAS D PRATAMA**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien agar tercapainya tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik, perlu dilakukan akreditasi pada rumah sakit kelas D pratama;
- b. bahwa dalam melaksanakan akreditasi pada rumah sakit kelas D pratama yang akuntabel dan transparan, perlu adanya suatu standar akreditasi dan tarif survei akreditasi pada rumah sakit kelas D pratama;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia

- Nomor 6887);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
 4. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
 5. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 751);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 914);
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 317) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 317);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 tentang Penetapan Komisi Akreditasi Rumah Sakit Sebagai Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit;

12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR AKREDITASI DAN BIAYA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA.

KESATU : Menetapkan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabuapten/kota, rumah sakit kelas D pratama, lembaga penyelenggara akreditasi, dan pemangku kepentingan terkait dalam menyelenggarakan akreditasi rumah sakit kelas D pratama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KETIGA : Standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU terdiri atas kelompok:

- a. tata kelola rumah sakit kelas D pratama;
- b. peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. sasaran keselamatan pasien;
- d. pencegahan dan pengendalian infeksi;
- e. penyelenggaraan pelayanan rumah sakit; dan
- f. program nasional.

KEEMPAT : Biaya survei akreditasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, terdiri atas:

- a. tarif pelaksanaan survei akreditasi;

- b. biaya akomodasi surveior; dan
 - c. biaya transportasi surveior,
- yang dibebankan kepada rumah sakit kelas D pratama.

KELIMA : Pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEENAM : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 21 Juni 2024

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1094/2024
TENTANG
STANDAR AKREDITASI DAN BIAYA SURVEI
AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D
PRATAMA

STANDAR AKREDITASI DAN BIAYA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT
KELAS D PRATAMA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit kelas D pratama merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kekhususan tertentu, memiliki peran yang sangat strategis yaitu untuk memenuhi ketersediaan rumah sakit dalam rangka peningkatan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan tertinggal, serta daerah yang belum tersedia rumah sakit atau rumah sakit yang telah ada sulit dijangkau akibat kondisi geografis. Dengan demikian rumah sakit kelas D pratama dibangun untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Rumah sakit kelas D pratama menyelenggarakan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik umum dan dapat memberikan pelayanan medik spesialisik dasar yang diberikan oleh dokter spesialis, residen tahap mandiri, atau dokter dengan kewenangan tambahan tertentu sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik spesialisik dasar. Selain itu juga memberikan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan, pelayanan kefarmasian, dan pelayanan penunjang baik oleh tenaga kesehatan atau nontenaga kesehatan.

Rumah sakit kelas D pratama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan pelayanan yang memiliki

karakter aman, tepat waktu, efisien, efektif, berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi. Pemenuhan mutu pelayanan di rumah sakit dilakukan dengan peningkatan mutu internal dan peningkatan mutu eksternal secara terus-menerus dan berkesinambungan. Rumah sakit termasuk rumah sakit kelas D pratama melakukan peningkatan mutu internal (*internal continuous quality improvement*) antara lain melalui pengukuran dan pelaporan indikator mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien. Sedangkan untuk peningkatan mutu eksternal (*external continuous quality improvement*) antara lain dilakukan melalui registrasi, lisensi/perizinan, dan akreditasi. Pelaksanaan registrasi, lisensi, dan akreditasi tersebut dilaksanakan dengan berorientasi pada pemenuhan standar mutu, pembinaan dan peningkatan kualitas layanan, serta proses yang cepat terbuka, dan akuntabel.

Selanjutnya berkaitan dengan akreditasi rumah sakit yang merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi, sebagaimana data Kementerian Kesehatan sampai dengan bulan Juni 2023 terdapat 54 (lima puluh empat) rumah sakit kelas D pratama yang telah teregistrasi, namun belum seluruhnya terakreditasi.

Pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh rumah sakit di Indonesia termasuk rumah sakit kelas D pratama telah terakreditasi sesuai dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024. Dalam upaya meningkatkan cakupan akreditasi rumah sakit, pemerintah pusat mendorong terbentuknya lembaga penyelenggara akreditasi serta transformasi sistem akreditasi rumah sakit. Sejalan dengan terbentuknya lembaga penyelenggara akreditasi, maka perlu ditetapkan standar akreditasi rumah sakit termasuk standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama yang akan dipergunakan oleh seluruh lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit dalam melaksanakan akreditasi rumah sakit kelas D pratama.

Penyusunan standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama mempertimbangkan penyederhanaan standar akreditasi rumah sakit pada umumnya agar lebih mudah dipahami dan dapat dilaksanakan oleh rumah sakit kelas D pratama.

Selanjutnya untuk mewujudkan pelaksanaan survei akreditasi yang semakin bermutu, efektif, efisien, adil, transparan dan akuntabel, maka perlu disusun kebijakan mengenai pembiayaan survei akreditasi rumah

sakit kelas D pratama dalam bentuk biaya survei akreditasi, yang menjadi acuan bagi lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit. Tarif akreditasi rumah sakit kelas D pratama disusun dengan mempertimbangkan jumlah hari survei, jumlah surveior, dan biaya operasional lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit. Penetapan tarif survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama juga penting agar lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit dapat bersaing dalam memberikan pelayanan akreditasi yang berkualitas.

B. Tujuan

1. Menjadi acuan bagi lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit dan rumah sakit kelas D pratama dalam penyelenggaraan akreditasi, serta Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi dan kabupaten/kota dalam pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan akreditasi rumah sakit kelas D pratama.
2. Untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit kelas D pratama.
3. Mengatur penyelenggaraan survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama yang bermutu, efektif, efisien, adil, transparan dan akuntabel

C. Ruang Lingkup

1. Standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama meliputi gambaran umum, maksud dan tujuan, serta elemen penilaian pada setiap kelompok standar akreditasi rumah sakit.
2. Biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama.

D. Struktur Standar Akreditasi

1. Bab

Bab merupakan pengelompokan standar-standar yang sejenis dan saling berkaitan antara satu dengan standar lainnya.

2. Standar

Standar di dalam standar akreditasi mendefinisikan struktur, atau fungsi- fungsi kinerja yang harus ada agar dapat diakreditasi yang ditetapkan sesuai dengan referensi dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selama proses survei akreditasi, dilakukan penilaian terhadap standar ini.

3. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan menjabarkan makna sepenuhnya dari standar. Maksud dan tujuan akan mendeskripsikan tujuan dari sebuah standar, memberikan penjelasan isi standar secara umum serta upaya pemenuhan standar.

4. Elemen Penilaian

Elemen penilaian yang selanjutnya disebut EP adalah standar yang mengindikasikan apa yang akan dinilai dan diberi nilai (*score*) selama proses survei di tempat. Elemen penilaian untuk masing-masing standar mengidentifikasi persyaratan yang dibutuhkan untuk memenuhi kepatuhan terhadap standar. Elemen penilaian dimaksudkan untuk memperjelas standar dan membantu rumah sakit kelas D pratama memahami standar, serta memberikan arahan untuk persiapan akreditasi.

E. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama

Standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Standar dikelompokkan menurut fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien (*good clinical governance*) dan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik (*good corporate governance*).

Standar Akreditasi Rumah Sakit D Pratama terdiri atas 6 (enam) Bab meliputi:

1. Bab I : Tata Kelola Rumah Sakit Kelas D Pratama
 - a. Standar 1.1 : Pengorganisasian Rumah Sakit Kelas D Pratama
 - b. Standar 1.2 : Tata Kelola Sumber Daya Manusia
 - c. Standar 1.3 : Tata Kelola Fasilitas dan Keselamatan
 - d. Standar 1.4 : Tata Kelola Kerja Sama
2. Bab II : Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
3. Bab III : Sasaran Keselamatan Pasien
4. Bab IV : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
5. Bab V : Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit
 - a. Standar 5.1 : Hak Pasien dan Keluarga
 - b. Standar 5.2 : Pasien dan Keluarga Dalam Proses Asuhan

- c. Standar 5.3 : Akses Pasien
- d. Standar 5.4 : Pengkajian Pasien
- e. Standar 5.5 : Rencana dan Pemberian Asuhan
- f. Standar 5.6 : Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi
- g. Standar 5.7 : Pelayanan Anestesi dan Bedah
- h. Standar 5.8 : Pelayanan Gizi
- i. Standar 5.9 : Pemulangan dan Tindak Lanjut Perawatan
- j. Standar 5.10 : Pelayanan Rujukan
- k. Standar 5.11 : Penyelenggaraan Rekam Medis
- l. Standar 5.12 : Pelayanan Laboratorium
- m. Standar 5.13 : Pelayanan Radiologi
- n. Standar 5.14 : Pelayanan Kefarmasian

6. Bab VI : Program Nasional

BAB II

STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT D PRATAMA

A. BAB I Tata Kelola Rumah Sakit Kelas D Pratama

Gambaran Umum

Rumah sakit kelas D pratama adalah rumah sakit umum yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat untuk peningkatan akses bagi masyarakat pada daerah yang memenuhi kriteria daerah terpencil, daerah perbatasan, daerah kepulauan atau pulau-pulau kecil terluar, daerah tertinggal, daerah yang belum tersedia rumah sakit, atau rumah sakit yang telah ada sulit dijangkau akibat kondisi. Rumah sakit kelas D pratama dapat didirikan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat. Rumah sakit kelas D pratama yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan atau instansi tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang organisasi pemerintah. Rumah sakit kelas D pratama yang didirikan oleh masyarakat harus berbentuk badan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit kelas D pratama merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kekhususan tertentu menyelenggarakan pelayanan kesehatan medik umum atau yang biasa kita kenal dengan pelayanan medik dasar, akan tetapi karena kondisi geografis dan wilayah yang sulit menjangkau pelayanan rumah sakit, rumah sakit kelas D pratama dapat menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, rumah sakit kelas D pratama paling sedikit memiliki:

- a. pelayanan medik dasar;
- b. pelayanan gawat darurat;
- c. pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- d. pelayanan farmasi;
- e. pelayanan penunjang, antara lain pelayanan laboratorium medis pratama, pelayanan radiologi, pelayanan gizi, dan pelayanan penunjang lainnya.

Untuk mencapai tujuan sesuai dengan visi dan misi rumah sakit, rumah sakit kelas D pratama harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel sehingga dapat menjalankan tata kelola rumah sakit dan tata

kelola klinis yang baik. Organisasi rumah sakit kelas D pratama paling sedikit terdiri atas kepala atau direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, dan administrasi umum dan keuangan. Kepala atau direktur rumah sakit dapat dijabat oleh tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit. Untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, rumah sakit kelas D pratama harus memiliki kepemimpinan yang efektif. Salah satu indikator kepemimpinan yang efektif adalah adanya kejelasan pembagian tugas dan peran dari masing-masing pemangku kepentingan di rumah sakit kelas D pratama yaitu pemilik, penanggung jawab, dan pemberi pelayanan tertuang dalam sebuah tata kelola rumah sakit kelas D pratama.

Tata kelola rumah sakit kelas D pratama yang baik akan menghasilkan pelayanan yang baik terutama dalam upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

1. Standar 1.1 Pengorganisasian Rumah Sakit Kelas D Pratama

Dalam mengemban tugas, tanggung jawab, dan wewenang, rumah sakit kelas D pratama perlu menyusun pengorganisasian yang jelas. Pengorganisasian rumah sakit kelas D pratama disesuaikan dengan visi, misi, dan tujuan rumah sakit kelas D pratama. Struktur organisasi rumah sakit kelas D pratama ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, alur kewenangan dan komunikasi, kerja sama, dan keterkaitan antar petugas. Tata kelola rumah sakit kelas D pratama dan tata kelola klinis berupa peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*), serta standar prosedur operasional dan kebijakan teknis lain yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit kelas D pratama.

a. Maksud dan Tujuan

Pemilik/representasi pemilik memiliki tugas pokok dan fungsi secara khusus dalam pengelolaan rumah sakit. Regulasi yang mengatur hal tersebut dapat berbentuk peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) atau dokumen lainnya yang serupa. Struktur organisasi pemilik/representasi pemilik rumah sakit terpisah dengan struktur organisasi rumah sakit sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundang-undangan. Pemilik/representasi pemilik rumah sakit tidak diperbolehkan merangkap menjadi kepala atau direktur rumah

sakit, tetapi posisinya berada di atas representasi pemilik. Pemilik/representasi pemilik rumah sakit mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja sama dengan kepala atau direktur rumah sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan rumah sakit. Pemilik/representasi pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk memberi persetujuan dan pengawasan agar rumah sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman.

Berdasarkan hal tersebut maka pemilik/representasi pemilik perlu menetapkan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) yang mengatur:

- a) Pengorganisasian pemilik/representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b) Peran, tugas, dan kewenangan pemilik/representasi pemilik.
- c) Peran, tugas, dan kewenangan kepala atau direktur rumah sakit.
- d) Pengorganisasian tenaga medis.
- e) Peran, tugas, dan kewenangan tenaga medis.

Rumah sakit kelas D pertama menetapkan visi, misi, dan tujuan sebagai landasan operasional. Penetapan visi, misi, dan tujuan tersebut dapat dilakukan oleh pemilik/representasi pemilik atau pihak yang memiliki wewenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peran pimpinan rumah sakit termasuk dalam mengembangkan program mutu dan keselamatan pasien sangat penting, diharapkan pelaksanaan program mutu dan keselamatan dapat membangun budaya mutu di rumah sakit. Kepala atau direktur rumah sakit serta pimpinan rumah sakit juga berpartisipasi dalam menetapkan prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yang merupakan proses yang berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit termasuk di dalamnya kegiatan keselamatan pasien serta analisis dampak dari perbaikan yang telah dilakukan. Prioritas

perbaikan tersebut harus dilakukan pengukuran dalam bentuk Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS).

Pengukuran prioritas perbaikan tingkat rumah sakit mencakup:

- a) Sasaran keselamatan pasien meliputi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
- b) Pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan perbaikan, misalnya pada pelayanan berisiko tinggi dan terdapat masalah dalam pelayanan tersebut. Pemilihan pelayanan klinis prioritas dapat menggunakan kriteria pemilihan prioritas pengukuran dan perbaikan.
- c) Tujuan strategis rumah sakit misalnya rumah sakit ingin menjadi rumah sakit rujukan untuk pasien daerah terpencil. Maka prioritas perbaikannya dapat dalam bentuk *Key Performance Indicator* (KPI) berupa mengurangi masalah alur pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau memantau mutu layanan kegawatdaruratan di IGD rumah sakit.
- d) Perbaikan sistem, yaitu perbaikan yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang dapat diterapkan di beberapa unit, misalnya sistem pengelolaan obat, komunikasi serah terima, dan lain-lainnya.
- e) Manajemen risiko untuk melakukan perbaikan secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi, misalnya yang telah dilakukan analisis *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) atau dapat diambil dari profil risiko.

Untuk memilih prioritas pengukuran dan perbaikan menggunakan kriteria prioritas mencakup:

- a) Masalah yang paling banyak di rumah sakit.
- b) Jumlah yang banyak (*high volume*).
- c) Proses berisiko tinggi (*high process*).
- d) Ketidakpuasan pasien dan staf.
- e) Kemudahan dalam pengukuran.
- f) Ketentuan pemerintah/persyaratan eksternal.
- g) Sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit.
- h) Memberikan pengalaman pasien lebih baik (*patient experience*).

b. Elemen Penilaian

- 1) Tersedia peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*), yang ditetapkan oleh pemilik/representasi pemilik rumah sakit kelas D pratama.
- 2) Tersedia struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik yang dijelaskan di dalam peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.
- 3) Kepala atau direktur rumah sakit menunjuk pimpinan rumah sakit dan kepala unit sesuai kualifikasi dalam persyaratan jabatan yang telah ditetapkan beserta uraian tugasnya.
- 4) Tersedia visi, misi, dan tujuan rumah sakit kelas D pratama.
- 5) Tersedia uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang yang ditetapkan.
- 6) Pimpinan rumah sakit memastikan terlaksananya program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di rumah sakit.
- 7) Kepala atau direktur serta pimpinan rumah sakit menetapkan dan mengevaluasi indikator prioritas rumah sakit.
- 8) Rumah sakit menyusun kode etik rumah sakit dan ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit.

2. Standar 1.2 Tata Kelola Sumber Daya Manusia

Rumah sakit kelas D pratama memiliki tata kelola sumber daya manusia (SDM) yang meliputi perencanaan, pemetaan kebutuhan, perekrutan, evaluasi dan pengembangan sumber daya manusia. Kebutuhan mempertimbangkan jumlah, jenis dan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan rumah sakit kelas D pratama. Jenis dan jumlah ketenagaan pada rumah sakit kelas D pratama disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam. Di samping itu perlu dilakukan kredensial kepada tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, karena mereka secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis.

Dalam hal terdapat pelayanan *telemedicine* antar fasilitas pelayanan kesehatan, Rumah sakit kelas D pratama harus menetapkan sumber daya manusia pelaksana pelayanan *telemedicine*, melakukan proses kredensial untuk selanjutnya dilakukan pemberian kewenangan klinis kepada dokter yang memberikan konsultasi dan/atau yang meminta konsultasi dalam pelayanan *telemedicine*. Pelayanan *telemedicine* dapat berupa pelayanan teleradiologi, teleelektrokardiografi, teleultrasonografi, telekonsultasi klinis, dan pelayanan konsultasi *telemedicine* lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Orientasi terhadap rumah sakit, dan orientasi terhadap tugas pekerjaan staf merupakan suatu proses yang penting. Rumah sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, dan kepuasan kerja.

a. Maksud dan Tujuan

Jenis dan jumlah ketenagaan pada rumah sakit kelas D pratama disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kepala atau direktur rumah sakit dapat dijabat oleh tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit. Rumah sakit kelas D pratama paling sedikit memiliki 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter gigi yang mempunyai surat izin praktik di rumah sakit tersebut. Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 sesuai dengan pelayanan di rumah sakit kelas D pratama. Rumah sakit kelas D pratama paling sedikit memiliki tenaga kesehatan lain:

- 1) 1 (satu) orang apoteker;
- 2) 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- 3) 1 (satu) orang radiografer;
- 4) 1 (satu) orang analis kesehatan; dan
- 5) 1 (satu) orang tenaga gizi.

Dalam hal pada rumah sakit kelas D pratama terdapat dokter spesialis pemberi pelayanan, wajib memiliki surat izin praktik atau surat tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Untuk jumlah tenaga penunjang, tenaga administrasi

dan manajemen berdasarkan kebutuhan rumah sakit. Setiap staf yang bekerja di rumah sakit harus mempunyai uraian tugas. Pelaksanaan tugas, orientasi, dan evaluasi kinerja staf didasarkan pada uraian tugasnya. Tiap staf juga diberikan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk mendukung atau meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya. Secara berkala dilakukan evaluasi kinerja pada seluruh SDM rumah sakit kelas D pratama. SDM rumah sakit kelas D pratama memiliki data kepegawaian yang paling sedikit terdiri atas:

- 1) kualifikasi, pendidikan, pelatihan dan kompetensi;
 - 2) STR dan SIP bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan;
 - 3) bukti orientasi;
 - 4) uraian tugas;
 - 5) riwayat pekerjaan staf;
 - 6) sertifikat pelatihan;
 - 7) penilaian kinerja; dan
 - 8) uraian kompetensi.
- b. Elemen Penilaian
- 1) Pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan tenaga dilakukan sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 2) Setiap staf telah memiliki uraian tugas sesuai dengan tugas yang diberikan
 - 3) Tersedia data kepegawaian seluruh SDM yang diperbaharui secara berkala.
 - 4) Rumah sakit telah menetapkan regulasi dan melaksanakan orientasi bagi staf baru di rumah sakit
 - 5) Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diberikan kepada staf rumah sakit baik internal maupun eksternal.
 - 6) Rumah sakit telah menetapkan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar atau Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada seluruh staf dan bantuan hidup tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit.
 - 7) Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.
 - 8) Rumah sakit telah menetapkan peraturan internal tenaga medis (*medical staf by laws*) yang mengatur proses

penerimaan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial tenaga medis.

- 9) Rumah sakit menyelenggarakan proses kredensial bagi tenaga medis, tenaga keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya.
- 10) Ada bukti pemberian kewenangan klinis dan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota tenaga medis dalam bentuk cetak atau elektronik (*softcopy*) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan.
- 11) Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin tenaga medis.
- 12) Kinerja SDM dievaluasi secara berkala.

3. Standar 1.3 Tata Kelola Fasilitas dan Keselamatan

Rumah sakit kelas D pertama harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan suportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Fokus pada standar tata kelola fasilitas dan keamanan ini meliputi:

- a. kepemimpinan dan perencanaan;
- b. keselamatan;
- c. keamanan;
- d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbah B3;
- e. proteksi kebakaran;
- f. peralatan medis;
- g. sistem utilitas;
- h. penanganan kedaruratan dan bencana;
- i. konstruksi dan renovasi; dan
- j. pelatihan.

Rumah sakit harus mematuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bangunan, sarana, dan prasarana. Rumah sakit kelas D pertama juga harus menyediakan peralatan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Maksud dan Tujuan

Rumah sakit kelas D pertama harus mematuhi peraturan perundang-undangan termasuk mengenai bangunan dan proteksi kebakaran. Rumah sakit kelas D pertama selalu

menjaga fasilitas fisik dan lingkungan yang dimiliki dengan melakukan inspeksi fasilitas secara berkala dan secara proaktif mengumpulkan data serta membuat strategi untuk mengurangi risiko dan meningkatkan kualitas fasilitas keselamatan, kesehatan, dan keamanan lingkungan pelayanan dan perawatan serta seluruh area rumah sakit kelas D pratama.

Pimpinan rumah sakit kelas D pratama dan penanggung jawab fasilitas keselamatan rumah sakit kelas D pratama bertanggung jawab untuk mengetahui dan menerapkan hukum dan peraturan perundangan-undangan, keselamatan gedung dan kebakaran, serta persyaratan lainnya, seperti perizinan dan lisensi/sertifikat yang masih berlaku untuk fasilitas rumah sakit kelas D pratama dan mendokumentasikan semua buktinya secara lengkap. Staf rumah sakit kelas D pratama juga perlu dididik dan dilatih untuk menjalankan perannya dalam mengidentifikasi dan mengurangi risiko, melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman, selamat dan terjamin. Setiap rumah sakit kelas D pratama harus memutuskan jenis dan tingkat pelatihan untuk staf dan kemudian melaksanakan dan mendokumentasikan program pelatihan.

Perencanaan dan penganggaran untuk penggantian atau peningkatan fasilitas, sistem, dan peralatan yang diperlukan untuk memenuhi persyaratan yang berlaku atau seperti yang telah diidentifikasi berdasarkan pemantauan atau untuk memenuhi persyaratan yang berlaku dapat memberikan bukti pemeliharaan dan perbaikan. Dalam upaya meningkatkan keselamatan dan keamanan fasilitas maka rumah sakit kelas D pratama menyusun manajemen risiko fasilitas yang mencakup:

1) Keselamatan dan Keamanan

Keselamatan adalah kondisi fasilitas, sarana, dan prasarana rumah sakit kelas D pratama tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung. Keamanan adalah perlindungan terhadap kehilangan, ancaman, serta gangguan kenyamanan bagi pasien, staf, dan pengunjung. Keselamatan dan keamanan yang baik didukung dengan menjaga kualitas lingkungan seperti

pencahayaan, kelembapan, suhu, dan kebisingan sesuai dengan standar.

- 2) Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3
Rumah sakit kelas D pratama menggunakan bahan yang dikategorikan sebagai B3 dan menghasilkan limbah B3 termasuk limbah medis. Rumah sakit kelas D pratama harus memiliki prosedur dan sarana dalam penggunaan B3 serta pengelolaan limbah B3. Rumah sakit kelas D pratama juga harus memiliki prosedur pencegahan dan pengurangan timbunan limbah B3, serta memiliki kemampuan atau bekerja sama dalam melakukan pengelolaan limbah B3.
- 3) Sistem proteksi kebakaran
Perlindungan terhadap fasilitas dan penghuni dari bahaya kebakaran merupakan hal wajib yang harus dilakukan oleh rumah sakit kelas D pratama.
- 4) Peralatan medis
Dalam memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas rumah sakit kelas D pratama menyediakan peralatan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan dilakukan pemeliharaan secara berkala, kalibrasi dan uji kesesuaian oleh lembaga yang berwenang.
- 5) Sistem utilitas meliputi listrik, air, dan gas medis serta sarana sanitasi
Rumah sakit kelas D pratama menjamin keberlangsungan sistem utilitas yang vital seperti listrik yang memadai, air dengan kuantitas yang cukup dan kualitas sesuai standar, dan gas medis selama 24 (dua puluh empat) jam sehari dan 7 (tujuh) hari dalam seminggu atau selama jam operasional.
- 6) Penanggulangan Bencana
Rumah sakit kelas D pratama wajib memberikan upaya perlindungan keselamatan dan keamanan kepada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf. Untuk itu, rumah sakit kelas D pratama perlu menetapkan kebijakan dan prosedur respon emergensi dalam menghadapi kondisi bencana (alam maupun bencana nonalam) mencakup identifikasi risiko, koordinasi respon, dan evakuasi.

- 7) Sampah domestik dan limbah
Kegiatan operasional dan pelayanan kesehatan menghasilkan sampah domestik dan air limbah yang harus dikelola. Rumah sakit kelas D pratama harus memiliki prosedur dan sarana dalam melakukan pengelolaan sampah domestik dan limbah. Rumah sakit kelas D pratama menyediakan Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) sampah domestik sebelum sampah dimanfaatkan/didaur ulang atau dibuang ke Tempat Pemrosesan Akhir (TPA).
 - 8) Konstruksi dan Renovasi
Kegiatan konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan pemeliharaan di rumah sakit dapat berdampak pada semua orang dalam area rumah sakit. Risiko terhadap pasien, staf, pengunjung, badan usaha, dan lainnya di rumah sakit akan bervariasi tergantung pada sejauh mana aktivitas konstruksi, renovasi, pembongkaran, atau pemeliharaan dan dampaknya terhadap perawatan pasien, infrastruktur, dan utilitas. Penilaian risiko digunakan untuk mengevaluasi risiko secara komprehensif untuk mengembangkan rencana dan menerapkan tindakan pencegahan yang akan meminimalkan dampak proyek konstruksi terhadap kualitas, keselamatan, dan keamanan perawatan pasien.
- b. Elemen Penilaian
- 1) Tersedia bukti perizinan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 2) Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan penanggungjawab tata kelola fasilitas dan keselamatan yang memiliki kompetensi dan pengalaman dalam melakukan pengelolaan pada fasilitas dan keselamatan di lingkungan rumah sakit kelas D pratama.
 - 3) Ada program manajemen risiko fasilitas sebagaimana diuraikan dalam maksud dan tujuan angka 1) sampai dengan angka 8).
 - 4) Tersedia daftar inventaris dan bukti pemeliharaan sarana yang tersedia di rumah sakit kelas D pratama.

- 5) Tersedia bukti pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasilitas pelayanan kesehatan.
- 6) Tersedia bukti pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 7) Tersedia bukti pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 8) Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) dan bukti pemeliharaan APAR.
- 9) Tersedia penanda jalur dan jalur evakuasi yang jelas.
- 10) Tersedia bukti larangan merokok.
- 11) Tersedia daftar inventaris, bukti pemeliharaan dan bukti kalibrasi peralatan medis, dan izin pemanfaatan sumber radiasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 12) Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan proses pengelolaan sistem utilitas termasuk dalam keadaan darurat.
- 13) Rumah sakit kelas D pratama telah melakukan simulasi penanggulangan bencana (*disaster drill*) paling sedikit setahun sekali.
- 14) Rumah sakit kelas D pratama melakukan penilaian risiko prakonstruksi (*Pre Construction Risk Assessment/PCRA*) bila ada rencana konstruksi, renovasi, dan demolisi.
- 15) Semua staf telah diberikan pelatihan program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) dan didokumentasikan.

4. Standar 1.4 Tata Kelola Kerja Sama

Rumah sakit kelas D pratama dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain untuk memenuhi kebutuhan pelayanan. Dasar pelaksanaan kerja sama tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kontrak yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kontrak dapat berupa kontrak klinis dan kontrak manajemen.

a. Maksud dan Tujuan

Dalam upaya pemenuhan pelayanan, rumah sakit kelas D pratama dapat melakukan kerja sama dengan melakukan

kontrak klinis dan kontrak manajemen. Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis adalah perjanjian pelayanan klinis yang diberikan oleh pihak ketiga kepada pasien misalnya layanan laboratorium, layanan radiologi dan pencitraan diagnostik, dan lain-lainnya. Kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen adalah perjanjian yang menunjang kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien misalnya: layanan kebersihan, keamanan, rumah tangga/tata graha/*housekeeping*, makanan, linen, dan lain-lainnya. Kontrak klinis bisa juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan, misalnya: kontrak perawat untuk pelayanan intensif, dokter tamu/dokter paruh waktu, dan lain-lainnya. Dalam kontrak tersebut harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan rumah sakit kelas D pratama. Manajemen rumah sakit menetapkan kriteria dan isi kontrak agar kerja sama dapat berjalan dengan baik dan rumah sakit kelas D pratama memperoleh manfaat dan pelayanan yang bermutu. Pimpinan unit berpartisipasi dalam mengkaji dan memilih semua kontrak klinis dan nonklinis serta bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama yang jelas.
- 2) Dokumen kontrak memiliki indikator kinerja pihak yang melakukan kerja sama.
- 3) Ada bukti monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak.

B. BAB II. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Gambaran Umum

Dalam memberikan pelayanan dan asuhan pada pasien, rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit kelas D pratama menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan dan tingkat kompleksitas pelayanan yang diberikan.

Ruang lingkup peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada rumah sakit kelas D pratama meliputi:

- a. Pemilik, penanggungjawab dan seluruh staf dan bagian terlibat dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. Ada penetapan, pengukuran, evaluasi dan analisa dari indikator mutu rumah sakit kelas D pratama;
- c. Pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan prosedur yang ditetapkan;

Rumah sakit kelas D pratama mempunyai komite/tim penyelenggara mutu yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugasnya, komite/tim penyelenggara mutu memiliki fungsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada seluruh bagian dan seluruh tenaga yang bekerja di rumah sakit kelas D pratama. Komite/tim penyelenggara mutu akan melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada kepala atau direktur rumah sakit setiap 3 (tiga) bulan, untuk selanjutnya dilaporkan kepada pemilik/representatif pemilik rumah sakit. Laporan tersebut mencakup:

- 1) Hasil pengukuran data, meliputi: pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi, dan perbaikan yang telah dilakukan.

Pengumpulan data indikator mutu berdasarkan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit meliputi:

- a) Indikator Nasional Mutu (INM), yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran dan digunakan sebagai informasi mutu secara nasional.
- b) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) mencakup:
 - (1) Indikator sasaran keselamatan pasien paling sedikit 1 (satu) indikator setiap sasaran.
 - (2) Indikator pelayanan klinis prioritas paling sedikit 1 (satu) indikator.
 - (3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) paling sedikit 1 (satu) indikator.

- (4) Indikator terkait perbaikan sistem paling sedikit 1(satu) indikator.
- (5) Indikator terkait manajemen risiko, paling sedikit 1 (satu) indikator.
- c) Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit), yaitu indikator prioritas yang khusus dipilih kepala unit yang terdiri atas paling sedikit 1 (satu) indikator.

Indikator mutu terpilih apabila sudah tercapai dan dapat dipertahankan selama 1 (satu) tahun, maka dapat diganti dengan indikator mutu yang baru.

- 2) Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan/KTD, Kejadian Nyaris Cidera/KNC, Kejadian Tidak Cidera/KTC, dan Kejadian Potensial Cidera Signifikan/KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.

Di samping laporan hasil pelaksanaan program PMKP, komite/tim penyelenggara mutu juga melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko berupa pemantauan penanganan risiko yang telah dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan kepada kepala atau direktur rumah sakit yang akan diteruskan kepada pemilik/representatif pemilik rumah sakit.

- 1) Maksud dan Tujuan

Rumah sakit kelas D pratama membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada semua unit setiap tahun. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit meliputi namun tidak terbatas pada:

- a) Pengukuran dan pelaporan indikator mutu termasuk Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).
- b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c) Mengurangi varian dalam praktik klinis dengan menerapkan Panduan Praktik Klinik (PPK)/algoritme/protokol dan melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*.

- e) Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
 - f) Penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
 - h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.
 - j) Penerapan manajemen risiko terintegrasi mencakup pelaksanaan proses manajemen risiko yang dibuktikan dengan membuat daftar risiko dan melakukan mitigasi risiko.
- 2) Elemen Penilaian
- a) Kepala atau direktur rumah sakit telah membentuk komite/tim penyelenggara mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b) Komite/tim penyelenggara mutu menyusun program PMKP rumah sakit meliputi huruf a) – j) yang telah ditetapkan kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama dan disahkan oleh pemilik/representatif pemilik rumah sakit.
 - c) Program PMKP dievaluasi setiap triwulan untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan.
 - d) Ada indikator mutu layanan yang diukur, dievaluasi, dianalisa dan ditindaklanjuti, serta dilaporkan sesuai dengan ketentuan.
 - e) Insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dilakukan investigasi sesuai dengan ketentuan.
 - f) Rumah sakit melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien setiap tahun.
 - g) Ada daftar risiko rumah sakit kelas D pratama yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi risiko.
 - h) Ada bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko.
 - i) Komite/tim penyelenggara mutu telah memandu pemilihan minimal 1 (satu) analisis secara proaktif proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan analisis *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) setiap tahun.

C. BAB III. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) wajib diterapkan di rumah sakit untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh pemerintah. Tujuan SKP adalah untuk mendorong rumah sakit kelas D pratama melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien. Rumah sakit kelas D pratama menerapkan SKP dalam pelayanan dan asuhan pasien. Penerapan SKP melalui pengukuran, evaluasi, dan pelaporan indikator SKP.

1. Maksud dan Tujuan

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan bagian utama dari upaya keselamatan pasien. Penerapan SKP pada pelayanan dan asuhan pasien di rumah sakit kelas D pratama bertujuan agar rumah sakit kelas D pratama memperhatikan aspek-aspek strategis dalam pelayanan yang bisa memberikan pengaruh kepada keselamatan pasien. Penerapan SKP di rumah sakit kelas D pratama sesuai dengan cakupan pelayanan yang dilakukan sehingga kepala atau direktur rumah sakit harus menetapkan pedoman pelaksanaan SKP. Adapun SKP di rumah sakit kelas D pratama meliputi:

a. Identifikasi pasien

Identifikasi pasien dengan benar bertujuan untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan dan menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan pasien. Identifikasi harus dilakukan minimal menggunakan 2 (dua) identitas yang ada misalnya nama pasien, nomor rekam medik, tanggal lahir, dan Nomor Induk Kependudukan (NIK). Pasien diidentifikasi menggunakan minimal 2 (dua) jenis identitas pada saat:

- 1) melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat);
- 2) melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena);
- 3) sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang); dan

4) menyajikan makanan pasien.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana.

Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label Air Susu Ibu (ASI) yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit kelas D pertama.

b. Pelaksanaan Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, tidak membingungkan dan dipahami antar tenaga medis dan tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik atau tertulis. Rumah sakit kelas D pertama harus menetapkan dan menerapkan kebijakan dan prosedur komunikasi efektif diantara para Profesional Pemberi Asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostik dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*).

Metode, formulir, dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

1) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke computer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation - Background - Assessment - Recommendation* (SBAR).

2) Metode komunikasi saat melaporkan hasil kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat

dengan: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap.

- 3) Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat inap. Jenis serah terima (*handover*) di dalam rumah sakit dapat mencakup:
 - a) antara PPA (misalnya: antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat, dan seterusnya);
 - b) antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit (misalnya: saat pasien dipindahkan dari ruang gawat darurat ke ruang perawatan); dan
 - c) dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi.

c. Meningkatkan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert Medication*)

Pemberian dan penggunaan obat terutama obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) pada pasien perlu dikelola dengan baik. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat.

Obat *high alert* mencakup:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin).

- 2) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau *Look Alike Sound Alike/LASA*).
- 3) Elektrolit konsentrat, contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9%, dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%

Rumah sakit kelas D pratama harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat *high alert*, antara lain: penataan penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan *double checking*, pembatasan akses, dan penerapan panduan penggunaan obat *high alert*.

Rumah sakit kelas D pratama perlu membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar ini sebaiknya diperbarui setiap tahun.

- d. Terlaksananya proses tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

Salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien yang menjalani tindakan merupakan kejadian yang bisa terjadi pada proses pelayanan pasien di rumah sakit kelas D pratama. Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur yang seragam untuk pemberian tanda di tempat tindakan, proses verifikasi pratindakan, dan pelaksanaan *surgical safety checklist*. Prosedur *surgical safety checklist* meliputi:

- 1) *Fase Sign In*

Fase sign in adalah fase sebelum anestesi, secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi tindakan sudah benar, sisi yang akan dilakukan tindakan telah ditandai dan persetujuan untuk tindakan telah diberikan.

2) *Fase Time Out.*

Fase time out adalah fase sebelum dilakukan insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan diberi kesempatan memberikan konfirmasi tentang tindakan bedah yang akan dilakukan.

3) *Fase Sign Out*

Fase sign out adalah fase meninjau tindakan yang telah dilakukan dan sebelum dilakukan penutupan atau penjahitan akhir pada pasien. Pada *fase sign out* dipastikan tidak ada kasa, spon, ataupun bahan medis lain yang tertinggal dalam tubuh pasien. Dilakukan penghitungan seluruhnya sesuai kondisi awal

Seluruh proses tersebut didokumentasikan di rekam medik pasien dengan menggunakan format *surgical safety checklist* seperti yang diterbitkan WHO.

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur cuci tangan dengan berpedoman pada WHO yaitu cuci tangan 6 (enam) langkah dan 5 (lima) saat (momen). Publikasi secara jelas langkah-langkah dan saat harus dilakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*) menjadi penting bagi pengunjung, pasien dan staf rumah sakit kelas D pratama. Pemberian pelatihan cuci tangan yang benar pada staf, pasien, dan pengunjung menjadi salah satu program kerja dalam upaya pengurangan risiko infeksi di rumah sakit kelas D pratama.

f. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh

Kejadian cedera karena pasien jatuh pada fasilitas kesehatan dapat terjadi pada rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur untuk mengurangi risiko jatuh selama proses pelayanan dan asuhan pasien.

Rumah sakit kelas D pratama bertanggung jawab untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko jatuh yang ada pada pasien dan melakukan evaluasi secara berkala terhadap risiko jatuh. Rumah sakit kelas D pratama dapat menggunakan instrumen dalam pencegahan dan *assesmen*

risiko jatuh seperti skala *morse* untuk pasien dewasa dan *humpty dumpty* untuk pasien anak.

2. Elemen Penilaian

- a. Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit kelas D pratama.
- b. Tersedia bukti pelaksanaan komunikasi efektif di rumah sakit kelas D pratama yang didokumentasikan di rekam medik pasien.
- c. Tersedia bukti pengelolaan keamanan obat risiko tinggi.
- d. Penandaan sisi tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan yang didokumentasikan di rekam medik pasien.
- e. Tersedia bukti pelaksanaan *surgical safety checklist* yang didokumentasikan di rekam medis pasien.
- f. Ada media informasi penerapan kebersihan tangan sesuai ketentuan WHO.
- g. Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.
- h. Ada prosedur yang ditetapkan rumah sakit kelas D pratama dalam mencegah pasien cedera karena jatuh.
- i. Ada bukti implementasi langkah-langkah pencegahan pasien jatuh.

D. BAB IV. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Gambaran Umum

Rumah sakit kelas D pratama melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa, dan pengunjung. Risiko dan kegiatan dalam program PPI dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain, tergantung pada kegiatan dan pelayanan klinis rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien, dan jumlah staf. Penyelenggaraan program Pencegahan dan

Pengendalian Infeksi (PPI) dikelola oleh komite/tim PPI yang ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit dengan tugas dan tanggung jawab antara lain:

1. Menyusun pedoman dan program serta mengevaluasi program PPI.
2. Memastikan ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan melakukan supervisi.
3. Terselenggaranya pelatihan dan pendidikan PPI.
4. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan terkait dengan PPI.
5. Melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan.
6. Berkoordinasi dengan unit lain terkait dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Agar kegiatan PPI dapat dilaksanakan secara efektif maka dibutuhkan kebijakan dan prosedur, pelatihan dan pendidikan staf, dan metode identifikasi risiko infeksi secara proaktif pada individu dan lingkungan serta koordinasi ke semua bagian di rumah sakit. Rumah sakit kelas D pratama membuat identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.

1. Maksud dan Tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan faktor penting dalam mendukung upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit kelas D pratama. Rumah sakit kelas D pratama menyusun dan melaksanakan program PPI sesuai dengan pelayanan dan risiko infeksi yang ada. Secara prinsip, kejadian *Healthcare Associated Infections* (HAIs) sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI.

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan isolasi terdiri atas kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi:

- a. Kewaspadaan standar yang terdiri atas:
 - 1) kebersihan tangan;
 - 2) penggunaan Alat Pelindung Diri (APD);
 - 3) dekontaminasi peralatan perawatan pasien;
 - 4) pembersihan lingkungan;

- 5) pengelolaan limbah;
 - 6) penatalaksanaan linen;
 - 7) teknik aseptik;
 - 8) penempatan pasien;
 - 9) etika batuk dan bersin; dan
 - 10) penyuntikan yang aman dan pencegahan terluka benda tajam.
- b. Kewaspadaan berdasarkan transmisi yaitu:
 - 1) kewaspadaan transmisi kontak;
 - 2) kewaspadaan transmisi droplet; dan
 - 3) kewaspadaan transmisi udara (*airbone*).
 - c. *Bundles*.
 - d. Surveilans.
 - e. Pendidikan dan pelatihan.
 - f. Penggunaan anti mikroba yang bijak.

Beberapa program PPI tersebut dapat dijadikan indikator mutu rumah sakit kelas D pratama yang diukur, dievaluasi dan dilaporkan secara berkala kepada kepala atau direktur rumah sakit dan pemilik/representatif pemilik rumah sakit. Petugas yang melakukan monitoring dan evaluasi implementasi PPI di rumah sakit kelas D pratama minimal telah mendapatkan pelatihan PPI dasar.

2. Elemen Penilaian

- a. Rumah sakit kelas D pratama menetapkan kebijakan dan prosedur PPI di rumah sakit kelas D pratama.
- b. Kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan komite/tim PPI untuk mengelola dan mengawasi kegiatan PPI di rumah sakit kelas D pratama.
- c. Ditetapkan program PPI di rumah sakit kelas D pratama.
- d. Tersedia bukti sarana kebersihan tangan dan staf rumah sakit kelas D pratama mampu mempraktekkan langkah-langkah kebersihan tangan.
- e. Tersedia bukti pelaksanaan program PPI dan evaluasinya di rumah sakit kelas D pratama.
- f. Tersedia bukti kajian risiko identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.

E. BAB V. Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit (PPRS)

Gambaran Umum

Rumah sakit kelas D pratama menyelenggarakan pelayanan medik mencakup pelayanan medik umum dan pelayanan medik spesialisik dasar yang diberikan oleh dokter spesialis, residen tahap mandiri, atau dokter dengan kewenangan tambahan tertentu sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik spesialisik dasar meliputi:

1. pelayanan kebidanan dan kandungan;
2. pelayanan kesehatan anak;
3. pelayanan penyakit dalam; atau
4. pelayanan bedah.

Rumah sakit kelas D pratama juga memberikan:

1. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis dan/atau asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
2. Pelayanan farmasi meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta pelayanan farmasi klinis yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Pelayanan penunjang meliputi pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan. Untuk pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan:
 - a. Pelayanan laboratorium medis pratama
Pelayanan laboratorium diselenggarakan sesuai standar pelayanan laboratorium medis pratama.
 - b. Pelayanan radiologi
Pelayanan radiologi harus memenuhi persyaratan perizinan dari institusi yang berwenang dan penyelenggaraanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Pelayanan gizi
Pelayanan gizi diselenggarakan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pelayanan gizi.

Sedangkan untuk pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan meliputi pelayanan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, dan lainnya.

Pelaksanaan asuhan dan pelayanan dilakukan secara terintegrasi oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Asuhan pasien terintegrasi merupakan konsep pelayanan berfokus pada pasien dilaksanakan sehari-hari dengan implementasi dapat terlihat sebagai berikut:

1. Pelayanan memperhatikan hak pasien dan keluarga dan mendukung keterlibatan pasien/keluarga dalam asuhan pasien.
2. Dokter melakukan integrasi seluruh asuhan dari PPA lainnya.
3. Implementasi pelayanan terintegrasi dengan adanya Panduan Praktek Klinis (PPK), alur klinis, Standar Prosedur Operasional (SPO), dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Uraian masing-masing standar dalam Bab V. Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit:

1. Standar 5.1 Hak Pasien dan Keluarga

Hak pasien dalam pelayanan kesehatan dilindungi oleh undang-undang. Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit kelas D pratama menjamin hak pasien yang dilindungi oleh peraturan perundangan-undangan dengan mengupayakan agar pasien mendapatkan haknya di rumah sakit.

Dalam memberikan hak pasien, rumah sakit kelas D pratama harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya, dan nilai-nilai yang dianut.

Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya yang dimiliki. Pendidikan pasien dan keluarga membantu pasien lebih memahami dan berpartisipasi dalam perawatan mereka untuk membuat keputusan perawatan yang lebih baik.

Pelayanan rumah sakit kelas D pratama didasarkan pada nilai-nilai keunikan pada diri pasien dan keluarganya. Dalam memberikan asuhan, rumah sakit kelas D pratama melibatkan pasien dan keluarga dalam menentukan keputusan-keputusan dalam pemberian asuhan. Kerahasiaan pasien menjadi hal penting yang harus dipahami oleh seluruh staf. Pasien dan keluarga berhak menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Rumah sakit kelas D pratama juga harus menyediakan media untuk

pasien, keluarga, dan seluruh pengguna layanan yang ingin menyampaikan keluhan, konflik, atau masalah lain, dan rumah sakit kelas D pratama menindaklanjuti keluhan atau pendapat yang disampaikan.

a. Maksud dan Tujuan

Dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit kelas D pratama mendukung pasien untuk mengetahui hak dan kewajibannya. Rumah sakit kelas D pratama harus memastikan bahwa pelayanan yang diberikan bertanggung jawab dan mendukung hak pasien dan keluarga selama menjalani asuhan dan memastikan terpenuhinya kebutuhan pasien secara khusus seperti pasien dengan keterbatasan, pasien lansia, ibu hamil dan menyusui. Setiap pasien membawa nilai-nilai dan kepercayaan masing-masing ke dalam proses perawatan.

Sebagian nilai dan kepercayaan yang umumnya dimiliki oleh semua pasien sering kali berasal dari budaya atau agamanya. Semua staf harus berusaha memahami perawatan dan pelayanan yang mereka berikan dalam konteks dari nilai-nilai dan kepercayaan pasien. Rumah sakit kelas D pratama menyediakan media untuk pasien, keluarga dan seluruh pengguna layanan yang ingin menyampaikan keluhan, konflik atau dilema lain. Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti pengaduan langsung kepada petugas, mengisi kotak saran, mendatangi pojok pengaduan, ruang pengaduan ataupun bentuk layanan keluhan lainnya.

Rumah sakit kelas D pratama memiliki proses penanganan keluhan-keluhan tersebut secara sistematis dan terdokumentasi sehingga dipastikan semua keluhan dan pengaduan akan ditindak lanjuti dan disampaikan kepada pasien penanganan keluhan yang telah dilakukan. Penanganan keluhan dilakukan berdasarkan prioritas dari efek keselamatan pasien.

b. Elemen Penilaian

- 1) Tersedia bukti rumah sakit kelas D pratama mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien.
- 2) Tersedia bukti petugas menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya.

- 3) Pasien mengerti dan memahami hak dan kewajibannya.
- 4) Ada pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus.
- 5) Rumah sakit kelas D pratama menghormati keyakinan spiritual dan budaya pasien serta nilai-nilai yang dianut pasien.
- 6) Kerahasiaan informasi pasien dijaga sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 7) Tersedia petugas, media, atau tempat untuk menyampaikan keluhan pelayanan bagi pasien atau keluarga.
- 8) Ada tindak lanjut keluhan oleh rumah sakit kelas D pratama dan dikomunikasikan dengan pasien atau keluarga.
- 9) Ada dokumentasi pengaduan dan tindak lanjut yang telah dilakukan.

2. Standar 5.2 Pasien dan Keluarga Dalam Proses Asuhan

Dalam pendukung pemberian asuhan terintegrasi maka PPA melibatkan pasien dan keluarga dalam proses asuhan pasien.

a. Maksud dan Tujuan

Pasien dan keluarga mengetahui dan menyetujui asuhan dan pelayanan yang mereka terima di rumah sakit kelas D pratama. Persetujuan khusus untuk tindakan medik khusus dan risiko tinggi (*informed consent*). *Informed consent* sedikitnya memuat informasi dan penjelasan nama, tindakan, risiko tindakan, kemungkinan komplikasi, tindakan alternatif, dan hal-hal lain yang perlu dipersiapkan oleh pasien dan keluarga.

Pasien dan keluarga diberitahu oleh PPA informasi tentang rencana asuhan, proses asuhan, dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada bukti pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran dan terdokumentasi di rekam medik pasien.
- 2) Pasien atau keluarga mengetahui rencana asuhan, diagnostik, dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.
- 3) Rumah sakit kelas D pratama memberi informasi kepada pasien dan keluarga mengenai hak mereka untuk menolak atau menghentikan terapi, konsekuensi dari keputusan

yang dibuat, serta terapi dan alternatif lain yang dapat dijadikan pilihan.

- 4) Rumah sakit kelas D pratama menerapkan proses untuk pemberian *informed consent* oleh orang lain selain pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Standar 5.3 Akses Pasien

Dalam proses penerimaan pasien, rumah sakit kelas D pratama melakukan pendaftaran dan skrining. Pendaftaran dan skrining bertujuan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan menilai kemampuan rumah sakit kelas D pratama dalam memberikan pelayanan. Skrining dapat dilakukan di luar rumah sakit seperti ditempat pasien berada, di ambulans, atau saat pasien tiba di rumah sakit kelas D pratama.

Keputusan untuk mengobati, mentransfer, atau merujuk dilakukan setelah hasil skrining selesai dievaluasi. Bila rumah sakit kelas D pratama mempunyai kemampuan memberikan pelayanan yang dibutuhkan serta konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya maka dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan. Selain itu pelayanan dengan pasien dapat dilakukan melalui pelayanan jarak jauh (*telemedicine*) antara dokter-pasien berupa konsultasi klinis terhadap beberapa diagnostik tertentu yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Maksud dan Tujuan

Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur skrining. Skrining bertujuan:

- 1) Mengetahui kebutuhan pasien.
- 2) Mengetahui kemampuan rumah sakit kelas D pratama dalam memberikan pelayanan.

Berbagai metode skrining dapat diterapkan di rumah sakit kelas D pratama sesuai kebutuhan, antara lain skrining melalui jalur cepat (*fast track*) kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisik, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik imaging sebelumnya.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada prosedur pendaftaran yang ditetapkan.
- 2) Ada bukti pelaksanaan pendaftaran sesuai regulasi yang ditetapkan.
- 3) Ada prosedur skrining yang ditetapkan.
- 4) Ada bukti pelaksanaan skrining sesuai regulasi yang ditetapkan.
- 5) Ada proses untuk memberikan hasil skrining kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan yang kompeten/terlatih untuk bertanggung jawab menentukan apakah pasien akan diterima, ditransfer, atau dirujuk.
- 6) Ada bukti standar prosedur operasional pelayanan telemedicine dan penetapan SDM pelaksana pelayanan *telemedicine*, bagi yang menyelenggarakan pelayanan *telemedicine*.
- 7) Bila kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi sesuai misi dan sumber daya yang ada, maka rumah sakit kelas D pratama akan merujuk atau membantu pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhannya.
- 8) Staf telah menggunakan kriteria triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.
- 9) Pasien darurat dinilai dan distabilkan sesuai kapasitas rumah sakit sebelum ditransfer ke ruang rawat atau dirujuk dan didokumentasikan dalam rekam medik.

4. Standar 5.4 Pengkajian Pasien

Tujuan dari pengkajian adalah untuk menentukan perawatan, pengobatan, dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien. Pengkajian pasien merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap. Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:

- a. Mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
- b. Menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan.

- c. Membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

Pengkajian pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, tata laksana pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi atau elektif/terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah.

Asuhan pasien di rumah sakit kelas D pertama diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*patient/person centered care*). Pengkajian ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif.

Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama. Proses pengkajian dilakukan secara komprehensif mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga.

- a. Maksud dan Tujuan

Proses kajian pasien menentukan efektifitas asuhan yang akan dilakukan. Ketika pasien diterima di rumah sakit kelas D pertama untuk memperoleh pelayanan klinis perlu dilakukan kajian awal oleh tenaga medis, keperawatan/kebidanan dan tenaga pemberi asuhan lainnya.

Isi minimal kajian awal:

- 1) keluhan saat ini;
- 2) status fisik;
- 3) psiko-sosio-spiritual;
- 4) ekonomi;
- 5) riwayat kesehatan pasien;
- 6) riwayat alergi;
- 7) riwayat penggunaan obat;
- 8) pengkajian nyeri;
- 9) risiko jatuh;
- 10) pengkajian fungsional;
- 11) risiko nutrisi;
- 12) kebutuhan edukasi; dan

13) perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).

Pada kelompok pasien tertentu, misalnya dengan risiko jatuh, nyeri dan status nutrisi maka dilakukan skrining sebagai bagian dari pengkajian awal, kemudian dilanjutkan dengan pengkajian lanjutan.

Kajian ulang berisikan perkembangan pasien dan dievaluasi secara berkala dengan menggunakan *form* Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada bukti dilakukan kajian pasien oleh PPA dalam penetapan diagnosis yang dituangkan ke dalam rekam medis.
- 2) Kajian awal sekurang kurangnya memuat data angka 1) sampai angka 13) pada uraian maksud dan tujuan.
- 3) Kajian ulang dibuat dalam bentuk CPPT dan terdokumentasi di rekam medik.

5. Standar 5.5 Rencana dan Pemberian Asuhan

Pelaksanaan asuhan sesuai dengan rencana asuhan. Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien.

a. Maksud dan Tujuan

Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Rencana asuhan memuat satu paket tindakan yang dilakukan oleh pelaksana asuhan untuk mendukung diagnosis yang ditegakkan melalui pengkajian. Tujuan utama rencana asuhan adalah memperoleh hasil klinis yang optimal. Rencana asuhan terdokumentasi dengan baik di rekam medis pasien. Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap asuhan yang akan diperoleh. Pasien berhak menolak atau menyetujui rencana asuhan setelah mendapat penjelasan dari pemberi asuhan.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada bukti rencana asuhan oleh PPA dan terdokumentasi di rekam medik pasien.
- 2) Ada bukti pelaksanaan asuhan dan terdokumentasi di rekam medik pasien.

- 3) Ada bukti rencana asuhan dievaluasi secara berkala oleh pemberi asuhan.

6. Standar 5.6 Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi

Rumah sakit kelas D pratama menetapkan regulasi pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan pelayanan risiko tinggi berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Maksud dan Tujuan

Rumah sakit kelas D pratama menetapkan kategori pasien risiko tinggi, antara lain:

- 1) pasien emergensi;
- 2) pasien dengan penyakit menular;
- 3) pasien dengan risiko bunuh diri/psikiatri; dan
- 4) populasi pasien rentan, lansia, anak-anak dan pasien berisiko tindak kekerasan atau ditelantarkan,

yang diberikan pelayanan sesuai dengan kemampuan pelayanan yang dimiliki.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada penetapan pelayanan pasien risiko tinggi pada rumah sakit kelas D pratama.
- 2) Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi sesuai SPO yang ada.

7. Standar 5.7 Pelayanan Anestesi dan Bedah

Pelayanan anestesi dan bedah dilaksanakan sesuai standar, sesuai dengan perencanaan dan kajian secara komprehensif dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Maksud dan Tujuan

Pelayanan anestesi di rumah sakit kelas D pratama dilaksanakan sesuai standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam memberikan pelayanan anestesi, rumah sakit kelas D pratama menetapkan program mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- 1) kajian pra anestesi;
- 2) pemantauan intra anestesi; dan
- 3) pemantauan paska anestesi.

Pelayanan bedah diberikan sesuai dengan perencanaan berdasarkan hasil kajian dan dicatat dalam rekam medis pasien. Dalam memberikan pelayanan bedah, rumah sakit kelas D pratama menetapkan program mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- 1) kajian pra bedah;
- 2) penandaan lokasi tindakan bedah; dan
- 3) pelaksanaan *surgical safety check list*.

b. Elemen Penilaian

- 1) Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur pelayanan anestesi dan bedah sesuai kebutuhan.
- 2) Pelayanan anestesi dan bedah dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Jenis, dosis, dan teknik anestesi dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien.
- 4) Ada bukti pelaksanaan kajian pra bedah.
- 5) Ada bukti pelaksanaan kajian pra anestesi.
- 6) Ada bukti pemantauan dan evaluasi paska anestesi dan bedah.

8. Standar 5.8 Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

a. Maksud dan Tujuan

Pemberian terapi gizi sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis. Kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan gizi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secara reguler, sesuai dengan rencana asuhan, umur, dan budaya. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

- 1) Pemesanan dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien.
- 2) Setiap pasien harus mengonsumsi makanan sesuai dengan standar angka kecukupan gizi.

- 3) Terapi gizi pada pasien rawat inap harus dicatat dan didokumentasikan dengan baik.
- 4) Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan yang berkompeten dan disimpan dalam kondisi yang baik untuk mencegah kontaminasi.

b. Elemen Penilaian

- 1) Asuhan gizi dilakukan oleh petugas yang berkompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Disusun rencana asuhan gizi berdasarkan kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien.
- 3) Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan dan di dokumentasikan.
- 4) Pasien dan/atau keluarga diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan.

9. Standar 5.9 Pemulangan dan Tindak Lanjut Perawatan

Pemulangan dan tindak lanjut pasien bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur yang baku dan jelas. Rujukan dilaksanakan apabila rumah sakit kelas D pratama tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

a. Maksud dan Tujuan

Pemulangan pasien dilakukan berdasarkan kriteria pulang yang ditetapkan oleh penanggung jawab rumah sakit kelas D pratama dan didokumentasikan pada resume pasien pulang. Informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga pada saat pemulangan atau rujukan diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal. Rujukan dilaksanakan apabila rumah sakit kelas D pratama tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Elemen Penilaian

- 1) Dokter melaksanakan pemulangan dan menyusun rencana tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan.
- 2) Ada bukti ringkasan pulang pasien dalam rekam medis.
- 3) Ada bukti pemberian informasi kepada pasien saat pulang.

10. Standar 5.10 Pelayanan Rujukan

Pelayanan Rujukan dilaksanakan apabila rumah sakit kelas D pratama tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

a. Maksud dan Tujuan

Jika kebutuhan pasien terhadap pelayanan tidak dapat dipenuhi oleh rumah sakit kelas D pratama, maka pasien harus di rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang berdasarkan kebutuhan pasien dan/atau telah bekerja sama dengan rumah sakit kelas D pratama. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat.

Pasien/keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan. Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi tentang kondisi pasien (kondisi klinis pasien, prosedur dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut) dituangkan dalam surat rujukan dikirim bersama pasien. Rumah sakit kelas D pratama yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap menyediakan sarana transportasi rujukan pasien (ambulans) yang memenuhi persyaratan sesuai ketentuan perundangan.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada tata cara dan prosedur rujukan pasien.
- 2) Rumah sakit kelas D pratama yang merujuk pasien memastikan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Pasien/keluarga memperoleh informasi rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan berdasarkan kebutuhan pasien.
- 4) Ada sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat

5) Ada daftar jejaring rujukan rumah sakit kelas D pertama.

11. Standar 5.11 Penyelenggaraan Rekam Medis

Rumah sakit kelas D pertama melakukan penyelenggaraan pelayanan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rekam medis di rumah sakit kelas D pertama dipelihara dan terdokumentasi dengan baik

a. Maksud dan Tujuan

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk elektronik. Penyelenggaraan rekam medis dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Isi rekam medis pada rumah sakit kelas D pertama disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu:

- 1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:
 - a) identitas pasien;
 - b) tanggal dan waktu;
 - c) hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e) diagnosis;
 - f) rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan;
 - g) pengobatan dan/atau tindakan;
 - h) pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
 - i) untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram rumah sakit kelas D pertama;
 - j) persetujuan tindakan bila diperlukan; dan
 - k) nama dan tanda tangan tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.
- 2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari memuat catatan dan dokumen yang sama dengan rekam medis rawat jalan dan ditambahkan:
 - a) catatan observasi klinis;
 - b) hasil pengobatan; dan

- c) ringkasan pulang.
- 3) Isi rekam medis untuk pelayanan gawat darurat meliputi:
 - a) identitas pasien;
 - b) kondisi saat pasien tiba di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - c) identitas pengantar pasien;
 - d) tanggal dan waktu;
 - e) hasil anamnesis;
 - f) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g) diagnosis;
 - h) pengobatan dan/atau tindakan; dan
 - i) ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- 4) Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat:
 - a) identitas pasien;
 - b) diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
 - c) ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
 - d) nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

Dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan. Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. Pembetulan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Efek obat, efek samping obat dan kejadian alergi didokumentasikan dalam rekam medis. Dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. Rumah sakit kelas D pratama menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis dengan mempertimbangkan kerahasiaan pasien.

Rekam medis pada rumah sakit kelas D pratama wajib disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Setelah batas waktu dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan direktur rumah sakit kelas D pratama. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan. Kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada bukti penyelenggaraan rekam medis.
- 2) Ada bukti rekam medis diisi secara lengkap oleh profesional pemberi asuhan (PPA).
- 3) Ada tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan rekam medis.
- 4) Ada bukti rumah sakit kelas D pratama menjaga kerahasiaan rekam medis pasien.

12. Standar 5.12 Pelayanan Laboratorium

Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan laboratorium pada rumah sakit kelas D pratama diselenggarakan sesuai standar pelayanan laboratorium medis pratama.

a. Maksud dan Tujuan

Rumah sakit kelas D pratama yang menyelenggarakan pelayanan laboratorium menetapkan jenis-jenis pelayanan dan pemeriksaan laboratorium yang tersedia. Regulasi pelayanan laboratorium disusun sebagai acuan yang meliputi kebijakan dan pedoman serta prosedur-prosedur pelayanan laboratorium.

Laboratorium di dalam rumah sakit kelas D pratama tersebut wajib melakukan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dalam setiap siklus pemeriksaan laboratorium dan mengikuti program Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara periodik yang diselenggarakan oleh institusi yang ditetapkan oleh pemerintah. Kepala atau direktur rumah sakit perlu menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil pemeriksaan yang segera (*urgent*), seperti dari unit gawat darurat diberikan perhatian khusus. Reagensia dan bahan-bahan lain yang harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pengguna layanan harus diidentifikasi dan ditetapkan. Semua reagensia disimpan sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan yang ada pada kemasan. Sesuai dengan peralatan dan prosedur yang dilaksanakan di laboratorium, perlu ditetapkan rentang nilai normal dan rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan. Ada prosedur rujukan spesimen dan/atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh rumah sakit kelas D pratama.

b. Elemen Penilaian

- 1) Ada penetapan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang disediakan.
- 2) Terdapat penanggung jawab laboratorium sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Rumah sakit kelas D pratama menetapkan rentang nilai normal untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan.
- 4) Ada bukti reagensia esensial dan bahan lain tersedia sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan, pelabelan, dan penyimpanannya.
- 5) Ada prosedur pelaporan, pencatatan, dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis.
- 6) Ada prosedur rujukan spesimen dan/atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh rumah sakit kelas D pratama.
- 7) Ada bukti pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala.

13. Standar 5.13 Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan radiologi harus memenuhi persyaratan perizinan dari institusi yang berwenang dan penyelenggaraanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan radiologi dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.

a. Maksud dan Tujuan

Pelayanan radiologi di rumah sakit kelas D pertama disesuaikan dengan kebutuhan dan sesuai keamanan radiasi. Rumah sakit kelas D pertama yang memiliki pelayanan radiologi dipastikan memiliki manajemen keamanan radiasi yang meliputi:

- 1) Kepatuhan terhadap standar yang berlaku dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2) Kepatuhan terhadap standar dari manajemen fasilitas, radiasi, serta program pencegahan dan pengendalian infeksi;
- 3) Tersedia APD sesuai pekerjaan dan bahaya yang dihadapi; dan
- 4) Orientasi bagi semua staf pelayanan radiologi tentang praktik dan prosedur keselamatan.

Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi diperiksa, dirawat, dan dikalibrasi secara teratur dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik meliputi:

- 1) uji berkala;
- 2) inspeksi berkala;
- 3) pemeliharaan berkala;
- 4) kalibrasi berkala; dan
- 5) dokumentasi.

b. Elemen Penilaian

- 1) Rumah sakit kelas D pertama menerapkan prosedur pelayanan radiologi.
- 2) Direktur menetapkan penanggung jawab pelayanan radiologi yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Rumah sakit menetapkan proses pengelolaan logistik film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan.

- 4) Ada bukti pelayanan radiologi sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi.

14. Standar 5.14 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kefarmasian yang diselenggarakan di rumah sakit harus mampu menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman, dan terjangkau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan kefarmasian di rumah sakit kelas D pratama diselenggarakan oleh ruang/instalasi farmasi. Pelayanan kefarmasian di rumah sakit kelas D pratama meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, serta pelayanan farmasi klinis yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Maksud dan Tujuan

Dalam menjalankan praktik kefarmasian di rumah sakit kelas D pratama, apoteker harus menerapkan standar pelayanan kefarmasian sehingga pelayanan yang diberikan optimal dan bermutu, mampu melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*), serta menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian.

Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi dan alat kesehatan serta pelayanan farmasi rumah sakit kelas D pratama sesuai standar pelayanan kefarmasian. Rumah sakit kelas D pratama secara berkala minimal satu kali dalam setahun menetapkan formularium yang mengacu pada formularium nasional. Pengkajian resep dilakukan oleh tenaga kefarmasian, meliputi pengkajian administratif, farmasetik, dan klinis. Peresepan hanya dilakukan oleh tenaga medis yaitu dokter, dokter gigi, dan dokter/dokter gigi spesialis. Untuk pasien rawat inap penggunaan obat oleh pengguna layanan/pengobatan sendiri baik yang dibawa ke rumah sakit kelas D pratama atau yang diresepkan atau dipesan di rumah sakit kelas D pratama, diketahui dan dicatat dalam rekam medis dan dilakukan rekonsiliasi obat. Obat yang perlu

diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila salah menggunakan dan dapat menimbulkan bahaya pada pasien.

Penyimpanan dan penggunaan obat narkotik dan psikotropika sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit kelas D pratama memperhatikan penyediaan obat keadaan darurat medis sehingga saat terjadi kegawatdaruratan pasien cepat mendapatkan akses terhadap obat keadaan darurat medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pengadaan obat dan/atau bahan obat di rumah sakit kelas D pratama dilakukan melalui jalur resmi dengan menggunakan surat pesanan yang ditandatangani oleh apoteker penanggung jawab dengan mencantumkan SIPA.

b. Elemen Penilaian

- 1) Tersedia bukti pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Tersedia daftar formularium obat rumah sakit kelas D pratama.
- 3) Ada kebijakan dan atau prosedur pengadaan obat sesuai dengan regulasi.
- 4) Tersedia bukti dilakukan pengkajian resep dan pemberian obat dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat.
- 5) Tersedia bukti pemberian informasi obat dan konseling oleh apoteker.
- 6) Tersedia bukti rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 7) Tersedia obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan, dan dapat diakses untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi, dipantau, dan diganti tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluarsa.
- 8) Tersedia bukti penyimpanan dan pelaporan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan regulasi.
- 9) Tersedia bukti penyimpanan obat termasuk obat *high alert* yang baik, benar, dan aman sesuai regulasi.
- 10) Tersedia kebijakan dan atau prosedur penanganan obat kadaluarsa/rusak.

- 11) Terdapat pencatatan dan pelaporan Monitoring Efek Samping Obat (MESO).
- 12) Ada kebijakan dan atau prosedur pemantauan dan pelaporan *medication error*.
- 13) Rumah sakit menerapkan proses pemusnahan sediaan farmasi dan BMHP.

F. BAB VI. Standar Program Nasional (PROGNAS)

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target-target pembangunan nasional. Pada standar akreditasi ini program nasional (Prognas) meliputi:

1. Peningkatan kesehatan ibu dan bayi.
2. Penurunan angka kesakitan Tuberkulosis/TBC.
3. Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS.
4. Penurunan prevalensi stunting dan wasting.
5. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.

Pelaksanaan program nasional oleh rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat segera terwujud.

1. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Bayi

a. Standar Prognas 1

Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu.

b. Maksud dan Tujuan Prognas 1

Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program PONED sesuai dengan pedoman PONED yang berlaku dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu.
- 2) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- 3) Meningkatkan kesiapan rumah sakit kelas D pratama dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetric dan

neonatus termasuk pelayanan kegawatdaruratan (PONED 24 jam).

- 4) Meningkatkan fungsi rumah sakit kelas D pratama sebagai model pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif serta Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
 - 5) Melakukan pemantauan dan analisis yang meliputi:
 - a) angka kematian ibu dan anak.
 - b) kejadian tidak dilakukannya Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir.
- c. Elemen Penilaian Prognas 1
- 1) Rumah sakit kelas D pratama menetapkan regulasi tentang pelaksanaan PONED 24 jam.
 - 2) Terdapat tim PONED yang ditetapkan oleh rumah sakit kelas D pratama dengan rincian tugas dan tanggungjawabnya.
 - 3) Terdapat program kerja yang menjadi acuan dalam pelaksanaan program PONED rumah sakit kelas D pratama sesuai maksud dan tujuan.
 - 4) Terdapat bukti pelaksanaan program PONED rumah sakit kelas D pratama.
 - 5) Program PONED rumah sakit kelas D pratama dipantau dan dievaluasi secara rutin.
2. Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis/TBC
- a. Standar Prognas 2
Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis.
 - b. Maksud dan Tujuan Prognas 2
Pemerintah mengeluarkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecatatan atau kematian, memutuskan penularan, dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tuberkulosis.

Rumah sakit kelas D pertama dalam melaksanakan penanggulangan tuberkulosis melakukan kegiatan yang meliputi:

- 1) Promosi kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran yaitu pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit kelas D pertama.
- 2) Surveilans tuberkulosis, merupakan kegiatan memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program penanggulangan tuberkulosis yaitu pencatatan dan pelaporan tuberkulosis sensitif obat.
- 3) Pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit, pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit kelas D pertama.
- 4) Penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis.
Penemuan kasus tuberkulosis dilakukan melalui pasien yang datang ke rumah sakit kelas D pertama, setelah pemeriksaan, penegakan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pasien tuberkulosis. Sedangkan untuk penanganan kasus dilaksanakan sesuai tata laksana pada pedoman nasional pelayanan kedokteran tuberkulosis dan standar lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 5) Pemberian kekebalan
Pemberian kekebalan dilakukan melalui pemberian imunisasi BCG terhadap bayi dalam upaya penurunan risiko tuberkulosis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 6) Pemberian obat pencegahan.
Pemberian obat pencegahan selama 6 (enam) bulan yang ditujukan pada anak usia dibawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien tuberkulosis aktif, Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosis tuberkulosis, dan/atau populasi tertentu lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Elemen Penilaian Prognas 2
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama menerapkan regulasi tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit kelas D pratama.
 - 2) Kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama menetapkan tim TB paru beserta program kerjanya.
 - 3) Ada bukti pelaksanaan promosi kesehatan, surveilans, dan upaya pencegahan tuberkulosis
 - 4) Tersedianya laporan pelaksanaan promosi kesehatan.
- d. Standar Prognas 2.1
Rumah sakit kelas D pratama menyediakan sarana dan prasarana pelayanan tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.
- e. Maksud dan Tujuan Prognas 2.1
Dalam melaksanakan pelayanan kepada penderita TB paru dan program TB paru di rumah sakit kelas D pratama, maka harus tersedia sarana dan prasarana yang memenuhi syarat pelayanan TB paru sesuai dengan pedoman pelayanan TB paru.
- f. Elemen Penilaian Prognas 2.1
 - 1) Tersedia ruang pelayanan rawat jalan yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.
 - 2) Bila rumah sakit kelas D pratama memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis paru dewasa maka rumah sakit kelas D pratama harus memiliki ruang rawat inap yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.
 - 3) Tersedia ruang pengambilan spesimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.

- g. Standar Prognas 2.2
Rumah sakit kelas D pratama telah melaksanakan pelayanan tuberkulosis dan upaya pengendalian faktor risiko tuberkulosis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- h. Elemen Penilaian Prognas 2.2
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinis tuberkulosis.
 - 2) Rumah sakit kelas D pratama merencanakan dan mengadakan penyediaan obat anti tuberkulosis.
 - 3) Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan pencatatan dan pelaporan kasus TB paru sesuai ketentuan.

3. Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS

- a. Standar Prognas 3
Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Maksud dan Tujuan Prognas 3
Rumah sakit kelas D pratama dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai standar pelayanan dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - 1) Meningkatkan fungsi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).
 - 2) Meningkatkan fungsi pelayanan *Antiretroviral Therapy* (ART) atau bekerja sama dengan rumah sakit yang ditunjuk.
 - 3) Meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO).
 - 4) Meningkatkan fungsi pelayanan penunjang yang meliputi pelayanan gizi, laboratorium dan radiologi, serta pencatatan dan pelaporan.
- c. Elemen Penilaian Prognas 3
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama telah melaksanakan kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS sesuai ketentuan perundangan.
 - 2) Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan pelayanan *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC).
 - 3) Rumah sakit kelas D pratama memberikan pelayanan ODHA.

- 4) Rumah sakit kelas D pertama merencanakan dan mengadakan penyediaan Antiretroviral (ARV) dengan bekerja sama dengan dinas kesehatan.
- 5) Rumah sakit kelas D pertama melakukan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan HIV/AIDS.

4. Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting

a. Standar Prognas 4

Rumah sakit kelas D pertama melaksanakan program penurunan prevalensi stunting dan wasting.

b. Maksud dan Tujuan Prognas 4

Tersedia regulasi penyelenggaraan program penurunan prevalensi stunting dan prevalensi wasting di rumah sakit kelas D pertama yang meliputi:

- 1) Program penurunan prevalensi stunting dan prevalensi wasting.
- 2) Panduan tata laksana.
- 3) Organisasi pelaksana program terdiri atas tenaga medis dan tenaga kesehatan yang kompeten dari unsur:
 - a) Staf Medis.
 - b) Staf Keperawatan.
 - c) Staf Instalasi Farmasi.
 - d) Staf Instalasi Gizi.
 - e) Tim Humas Rumah Sakit.

Organisasi program penurunan prevalensi stunting dan wasting dipimpin oleh **tenaga medis yang memiliki kompetensi tata laksana stunting dan wasting**. Rumah sakit menyusun program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit yang terdiri atas:

- 1) Peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah stunting dan wasting;
- 2) Skrining dan/atau intervensi di rumah sakit kelas D pertama;
- 3) Program pemantauan dan evaluasi.

Penurunan prevalensi stunting dan prevalensi wasting meliputi:

- 1) Kegiatan sosialisasi dan pelatihan bagi tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan di rumah sakit tentang program penurunan stunting dan wasting.

- 2) Peningkatan efektifitas intervensi spesifik.
 - a) Program 1000 Hari Pertama Kelahiran (HPK).
 - b) Suplementasi tablet besi folat pada ibu hamil.
 - c) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil.
 - d) Promosi dan konseling IMD dan ASI Eksklusif.
 - e) Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA).
 - f) Pemberian imunisasi.
 - h) Pemberian makanan tambahan balita gizi kurang.
 - i) Pemberian vitamin A.
 - j) Pemberian taburia pada baduta (0-23 bulan).
 - k) Pemberian obat cacang pada ibu hamil.
- 3) Penguatan sistem surveilans gizi
 - a) Tata laksana tim asuhan gizi meliputi tata laksana gizi stunting, tata laksana gizi kurang, dan tata laksana gizi buruk (pedoman pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita).
 - b) Pencatatan dan pelaporan kasus masalah gizi melalui aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (ePPGBM).
 - c) Melakukan evaluasi pelayanan, audit kesakitan dan kematian, serta pencatatan dan pelaporan gizi buruk dan stunting dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
- c. Elemen Penilaian Prognas 4
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan program gizi.
 - 2) Terdapat tim untuk program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit.
 - 3) Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan sistem rujukan untuk kasus gangguan gizi yang perlu penanganan lanjut.
 - 4) Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan sistem pemantauan dan evaluasi, bukti pelaporan, dan analisis.

5. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit

a. Standar Prognas 5

Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di rumah sakit kelas D pratama beserta pemantauan dan evaluasinya.

b. Standar Prognas 5.1

Rumah sakit kelas D pratama menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan keluarga dan kesehatan reproduksi.

c. Maksud dan Tujuan Prognas 5 dan Prognas 5.1

Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit (PKBRS) merupakan bagian dari program Keluarga Berencana (KB), yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan percepatan penurunan stunting. Kunci keberhasilan PKBRS adalah ketersediaan alat dan obat kontrasepsi, sarana penunjang pelayanan kontrasepsi, serta tenaga medis dan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, serta manajemen yang handal. Rumah sakit kelas D pratama dalam melaksanakan PKBRS sesuai dengan pedoman pelayanan KB yang berlaku, dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan KB
- 2) Mengembangkan kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan KB dan meningkatkan kualitas pelayanan KB.
- 3) Meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan PKBRS.
- 4) Melaksanakan sistem pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS.
- 5) Adanya regulasi rumah sakit yang menjamin pelaksanaan PKBRS, meliputi SPO pelayanan KB per metode kontrasepsi.
- 6) Tersedia ruang pelayanan untuk PKBRS antara lain ruang konseling dan ruang pelayanan KB.
- 7) Terselenggara kegiatan peningkatan kapasitas untuk meningkatkan kemampuan pelayanan PKBRS.
- 8) Pelaksanaan rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.

- 9) Pelaporan meliputi:
 - a) Ketersediaan semua jenis alat dan obat kontrasepsi sesuai dengan kapasitas rumah sakit dan kebutuhan pelayanan KB.
 - b) Ketersediaan sarana penunjang pelayanan KB.
 - c) Ketersediaan tenaga medis atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB.
 - d) Angka capaian pelayanan KB per metode kontrasepsi, baik Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan nonMKJP.
- d. Elemen Penilaian Prognas 5
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan PKBRS.
 - 2) Terdapat tim PKBRS yang ditetapkan oleh kepala atau direktur disertai program kerjanya.
 - 3) Rumah sakit kelas D pratama telah melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS.
- e. Elemen Penilaian Prognas 5.1
 - 1) Rumah sakit kelas D pratama telah menyediakan alat dan obat kontrasepsi dan sarana penunjang pelayanan KB.
 - 2) Rumah sakit kelas D pratama menyediakan layanan konseling bagi peserta dan calon peserta program KB.
 - 3) Rumah sakit kelas D pratama telah merancang dan menyediakan ruang pelayanan KB yang memadai.

BAB III
BIAYA SURVEI

A. Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama

1. Tarif Pelaksanaan Survei Akreditasi

Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit berupa pelaksanaan akreditasi meliputi kegiatan survei akreditasi dan penetapan status akreditasi. Survei akreditasi merupakan penilaian untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar akreditasi, sedangkan penetapan status akreditasi merupakan pemberian sertifikat akreditasi berdasarkan hasil survei akreditasi. Survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama meliputi telusur dokumen dan telusur lapangan untuk menilai penerapan standar akreditasi rumah sakit dan dilaksanakan dengan metode luring.

Dalam kegiatan pelaksanaan akreditasi terdapat pembiayaan yang perlu ditanggung oleh rumah sakit kelas D pratama yaitu pembiayaan untuk pelaksanaan survei akreditasi. Tarif pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama disusun dengan memperhatikan jumlah surveior dan jumlah hari pelaksanaan survei sebagai berikut:

Tabel 1. Tarif Pelaksanaan Survei Akreditasi
Rumah Sakit Kelas D Pratama

Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Surveior	Jumlah Hari Survei Luring (telusur dokumen dan lapangan)	Tarif Survei Akreditasi
Rumah Sakit Kelas D Pratama	2	2	Rp 15.840.000,-

Tarif pelaksanaan survei akreditasi sudah termasuk biaya sertifikat akreditasi dan penggunaan sistem informasi lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit.

Tarif survei akreditasi tersebut belum termasuk Pajak Pertambahan Nilai (PPN). Pelaksanaan perpajakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Biaya akomodasi surveior

Biaya akomodasi surveior berupa penginapan atau hotel paling tinggi menggunakan hotel bintang 4 (empat) dengan jenis kamar noneksekutif atau setara.

3. Biaya transportasi surveior

a) Batas tertinggi biaya transportasi surveior adalah sesuai biaya moda transportasi darat/laut/udara kelas *nonluxury/ nonbisnis* rute terpendek.

b) Apabila surveior mengeluarkan biaya transportasi menuju bandara/terminal/stasiun dari tempat/domisili asal, maka biaya sesuai dengan pengeluaran (*at cost*).

Besaran biaya akomodasi surveior dan biaya transportasi surveior tersebut sesuai dengan standar biaya pada masing-masing daerah.

Dalam hal tidak terdapat akomodasi dan/atau transportasi sesuai dengan ketentuan tersebut di atas, biaya akomodasi dan/atau transportasi disesuaikan dengan kondisi daerah dengan mengacu pada penginapan/hotel dan transportasi yang layak.

B. Penerapan Tarif Pelaksanaan Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama Oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit

Untuk kepentingan transparansi tarif pelaksanaan survei akreditasi, maka lembaga penyelenggara survei akreditasi rumah sakit harus mempublikasikan tarif pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama di dalam *website* atau platform informasi lainnya yang mudah untuk diakses. Lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit termasuk surveior yang ditugaskan oleh lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit, dalam penyelenggaraan survei akreditasi tidak diperkenankan membebankan biaya lainnya di luar pembiayaan yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri ini kepada rumah sakit kelas D pratama.

BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Dalam rangka meningkatkan mutu penyelenggaraan survei akreditasi rumah sakit, maka Kementerian Kesehatan melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pertama oleh lembaga penyelenggara akreditasi. Pembinaan dan pengawasan diarahkan agar penerapan standar akreditasi dapat dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, serta penguasaan pembiayaan survei akreditasi dilaksanakan dengan tepat guna dan tepat sasaran sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri ini serta terlaksananya akreditasi yang bermutu, efektif, efisien, adil, transparan, akuntabel, dan bebas dari konflik kepentingan. Kegiatan pembinaan dan pengawasan tersebut dapat melibatkan pemangku kepentingan terkait.

Pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi dapat dilakukan melalui sosialisasi, advokasi, bimbingan teknis, monitoring dan/atau evaluasi. Dengan demikian standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pertama dapat diterapkan sesuai dengan ketentuan. Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan tersebut, Kementerian Kesehatan dapat menerima laporan dari dinas kesehatan daerah provinsi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, asosiasi perumahsakit, dan/atau rumah sakit melalui sistem informasi akreditasi rumah sakit.

BAB V
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit kelas D pratama sesuai dengan standar dilaksanakan agar tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta tata kelola rumah sakit kelas D pratama yang baik, sehingga terwujud penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional, dan bertanggung jawab. Dengan disusunnya standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama, diharapkan semua pihak baik pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, rumah sakit kelas D pratama, lembaga penyelenggara akreditasi, maupun pemangku kepentingan lainnya untuk dijadikan pedoman agar penyelenggaraan akreditasi rumah sakit kelas D pratama dapat dilaksanakan dengan efektif, efisien dan berkelanjutan.

Selanjutnya untuk pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama yang semakin bermutu, efektif, efisien, adil, transparan, dan akuntabel maka Kementerian Kesehatan perlu menetapkan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama yang menjadi acuan bagi lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit dan mendorong agar lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit dapat bersaing dalam memberikan pelayanan akreditasi yang berkualitas.

Pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama perlu dilakukan agar berjalan sesuai dengan ketentuan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003